

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

334

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Albert BRAULT

né le 8 août 1902 à Jumelles (Maine-et-Loire).

Interne des Hôpitaux du Havre.

Les Suppurations prostatiques à Staphylocoques

Président : M. LEGUEU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie} EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1930

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Albert BRAULT

né le 8 août 1902 à Jumelles (Maine-et-Loire).

Interne des Hôpitaux du Havre.

Les Suppurations prostatiques à Staphylocoques

Président : M. LEGUEU, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1930



LE DOYEN M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMAND.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	Léon BERNARD.
	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
	LEGUEU.
	TERRIEN.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	MAUCLAIRE.
Clinique chirurgicale	
Clinique urologique	
Clinique ophtalmologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeur sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	CADENAT Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CATHALA Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	CHABROL Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	CHEVALLIER Pathologie médicale.
BLANCHE-	DE GAUDART
TIERRE Chimie biologique.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BROCO Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BRULÉ Pathologie médicale.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
	ECALLE Obstétrique.
	 Urologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
GARNIER	Pathologie expérimentale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
JOANNON	Hygiène.	PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
JOYEUX	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.	RICHTET Fils ..	Physiologie.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.	SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	VALLERY-	
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	RADOT(Pasteur)	Pathologie médicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LIAN	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
MERCIER (Ferland)	Pharmacologie.	VERNE	Histologie.
MILLOT	Histologie.	VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET ..	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FISSINGER ..	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-		SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	METZGER ..	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
 FREY : Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT : Education physique.
 LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*Qu'ils veuillent bien trouver ici
le témoignage de ma profonde re-
connaissance et de ma très vive
affection.*

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de clinique des voies urinaires

Chirurgien de l'Hôpital Necker,

Membre de l'Académie de Médecine

*Nous le remercions du très
grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A NOTRE JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. FRUCHAUD,
Chirurgien-Adjoint de l'Hôtel-Dieu
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de
ce travail et guidé de ses conseils.
Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde reconnaissance et
de notre vive gratitude.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551827_0071

INTRODUCTION

De toutes les suppurations prostatiques, la plus commune est sans contester celle qui se fait par voie canaliculaire, par voie urétrale et marche ascendante, dont l'agent microbien le plus fréquent est le gonocoque. Mais lorsque ce dernier se localise à cette glande, il s'associe aux autres microbes, notamment au staphylocoque, pour déterminer la suppuration, ou encore prépare l'entrée de celui-ci et lui cède la place ensuite.

Nous ne nous étendrons pas sur les suppurations prostatiques d'origine canaliculaire dues aux infections urétrales comme blennorrhagie aiguë, rétrécissements, cathétérismes septiques, lavages et injections mal faits, toutes les maladies de l'urètre; urétrites aiguës et chroniques, les infections rénales, vésicales et intestinales où l'on rencontre toute une gamme de microbes depuis le staphylocoque jusqu'aux anaérobies, notamment le Bacille perforans. Nous n'envisagerons pas les suppurations de cause locale dont la pathogénie est évidente, mais nous traiterons dans ce travail les abcès de la prostate qui apparaîtront après une septicémie ou spontanément, et se propageant par voie vasculaire.

Cette suppuration prostatique est due le plus souvent au staphylocoque, puisque d'après la plupart des observations que nous allons joindre à l'appui de cette thèse,

les abcès prostatiques apparaissent après un anthrax ou furonculose.

Le staphylocoque aime particulièrement les voies urinaires et élit domicile dans l'organe principal : le rein. Il forme d'abord un abcès de la corticalité rénale et se développe dans la capsule adipeuse entre le feuillet pré-rénal et le feuillet rétro-rénal, en créant un phlegmon périnéphrétique. La prostate est certainement moins souvent touchée que le rein, mais cependant reste un lieu de localisation du staphylocoque.

Dans ce travail, nous nous occuperons uniquement de ce microbe et on ne s'étonnera pas que nous ayons fait de larges emprunts aux travaux mis au point depuis 1913 de Monsieur le Professeur LEGUEU.

Après avoir indiqué l'étiologie, la symptomatologie et le mode de propagation du staphylocoque, ses localisations, nous retracerons quelques observations recueillies dans les livres et revues que nous avons compulsés; nous en citerons deux qui nous sont personnelles et nous ferons un résumé succinct de leur évolution et de leur traitement.

Le staphylocoque se propage par voie sanguine et c'est souvent à la suite de maladies générales ou d'infections à localisations très éloignées que le microbe est découvert. En particulier la grippe à allure grave, les angines, l'anthrax, les panaris, les oreillons, la variole, les entérites et toutes les septico-pyohémies se compliquent d'abcès métastiques de la prostate. Goldberg de Wildungen a publié en 1920 dans la Zeitschr F. Urologie, 4 cas typiques post-grippaux.

Oraison de BORDAUX dans son rapport à l'Association Française d'urologie de 1907 cite 27 cas sur 712 et, note Hanau, dans la pyohémie, Reverdin dans la pneumonic, Tédénat dans la variole, rougeole, thyphoïde; Guyon, variole; Gosselin, oreillons; Gutterbock dans la parotidite, Desmos, mastoïdite; Nicolich, dans la pyohémie, appendicite; Von Frisch dans l'angine à streptocoques; Tuffier, anthrax; Désormeaux, Socin, Hanau, infection purulente.

D'après les travaux que nous avons compulsés, les métastases les plus fréquentes s'observeraient à la suite de furonculose et particulièrement à la suite de l'anthrax de la nuque.

Dans un travail publié dans le Journal d'Urologie de 1913, M. le professeur LEGUEU signale les localisations à staphylocoques à la suite de furoncles, d'anthrax. Il cite des vésiculites et des prostatites, et insiste sur la prédilection marquée du staphylocoque pour les voies urinaires.

res et le rein en déterminant les phlegmons périnéphrétiques. Il est certain que le rein est l'organe le plus souvent touché mais la prostate lui paie également un lourd tribut et l'économie tout entière a souvent son point de départ et son foyer principal dans l'appareil prostatique.

ETIOLOGIE

Pour que se produise l'inflammation et la suppuration de la prostate qu'elle soit à staphylocoque ou à un autre agent microbien, deux conditions sont nécessaires :

Ce sont les modifications circulatoires et la pénétration d'agents pathogènes.

Presque toujours les agents microbiens existent, et c'est au staphylocoque en premier qu'on doit imputer tous les crimes puisque c'est lui que l'on rencontre le plus fréquemment associé et qui est à certains moments d'une virulence telle, qu'on n'a même pas le temps d'enrayer son action.

Cette suppuration ne frappe pas indistinctement tous les individus; il semble qu'avant la puberté la prostate ne soit pas atteinte bien que l'enfant puisse posséder une urétrite. Il en est de même pour le vieillard; il est très rare en effet de trouver chez ce dernier une prostate en voie de suppuration. La prostatite s'observe surtout pendant la période d'activité sexuelle et c'est de 16 à 60 ans que les suppurations prostatiques microbiennes sont rencontrées le plus fréquemment et sont les plus typiques.

Avant la puberté ce fait tient peut-être à ce que la prostate n'a pas acquis son développement complet et qu'elle ne possède encore aucune fonction. Peut-être aussi parce que les enfants sont moins souvent sondés que les

adultes; mais aussi parce qu'ils sont moins sujets aux contusions chroniques, telles que l'abus du cheval, de la bicyclette et aux modifications circulatoires. Pour les vieillards, l'activité de la glande a beaucoup diminué c'est ce qui explique le peu de cas de suppuration retrouvés chez eux.

La prostate est enveloppée de veines; elle baigne dans un lac sanguin suivant l'expression de Hogge. Le plexus périprostatique est en connexion avec le plexus de Santorini en avant, le plexus hémorroïdaire en arrière et avec la veine cave et la veine porte. La prostate subit l'influence de toutes les causes congestionnantes qui favorisent la stagnation du sang dans les plexus veineux du petit bassin et tous ces systèmes veineux plus ou moins solidaires peuvent facilement retentir les uns sur les autres.

Or, la congestion entraîne l'hypersécrétion des glandules et l'augmentation de volume du tissu interstitiel; il en résulte que les canaux excréteurs se trouvent comprimés et les produits de sécrétion stagnent dans les culs-de-sac glandulaires créant ainsi des conditions favorables à la pullulation des germes pathogènes qui existent déjà ou à l'envahissement par d'autres microbes venant d'organes voisins.

PATHOGENIE

Le staphylocoque entre dans le sang, à point de départ d'un furoncle, d'un anthrax, d'un panaris, plus rarement d'une amygdalite et de là, dans les vaisseaux rénaux.

Les artérioles de l'écorce rénale sont bouchées par les staphylocoques, autour d'elles s'amassent des leucocytes; il se produit alors des embolies bactériennes, des abcès miliaires, des infections purulentes.

Fouquiau dans les Archives urologiques de Necker (T. IV, fasc. 4) cite un cas de furunculose généralisée avec abcès prostatique, traité par le vaccin et guéri, et un autre consécutif à un anthrax qui a été incisé.

Marsan dans une communication faite à l'Association française d'urologie de 1922 sur les infections urinaires à staphylocoques, secondaires à la furunculose, cite 5 cas, dont 3 avec abcès de la prostate, consécutifs à la furunculose.

Nous avons dit précédemment que l'infection se faisait par voie sanguine. Pour certains auteurs, il n'en est pas toujours ainsi. Le Für, en particulier, soutient qu'elle passe d'abord par les reins, grâce à la bactériurie dont sont atteints les malades et se propage ensuite par l'urine à la prostate.

Cette urine chargée de staphylocoques en irritant le carrefour uro-génital, déterminerait ainsi la production de

la staphylococcie génitale. Il semble que cette opinion soit moins facilement admise que l'infection sanguine à cause de la situation anatomique de la prostate. Cette dernière est en effet entourée de toutes parts par de riches plexus veineux, qui contribuent ainsi à infecter la glande par voie sanguine.

Quelle que soit l'opinion, il est un fait évident, c'est que dans certaines conditions, les furoncles se compliquent d'abcès prostatiques qui souvent sont bénins, mais parfois se compliquent de septicémie grave et emportent rapidement les malades malgré toute intervention.

Le staphylocoque a une affinité particulière pour les voies urinaires, et si son principal organe est le rein dans lequel il détermine un phlegmon périnéphrétique, il ne faut pas oublier que la prostate lui paie une rançon importante.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les symptômes des suppurations prostatiques à staphylocoques; ce sont les mêmes que les inflammations de la prostate dues aux autres agents microbiens, le plus souvent rencontrés tels que le colibacille, le streptocoque, le gonocoque, le pneumocoque, les anaérobies (*B. Perfringens*). Le premier symptôme est en général la *douleur* incertaine, siégeant au périnée, à l'anus et s'irradiant vers la verge et le gland. La *miction* est douloureuse, la défécation pénible et le malade la redoute. La position assise est évitée. Le malade se tient souvent couché sur le côté évitant les mouvements des cuisses, des fesses, de l'anus et parfois même du bassin. Bien que la miction soit douloureuse, les besoins se font plus souvent sentir, les urines sont émises avec difficulté. Le ténesme et la dysurie sont intenses. Le jet est petit et tortillé, parfois la rétention est complète.

En même temps que commence la douleur, apparaissent les *phénomènes généraux* (frisson violent, accès de fièvre, atteignant 39°, langue sèche, saburrale, céphalée, insomnie).

Le toucher rectal qui doit être pratiqué avec douceur nous révèle une prostate très douloureuse, bombant dans le rectum, augmentée de volume; l'augmentation est to-

tale et porte sur l'ensemble de la prostate, ou partielle, n'atteint alors qu'un lobe. Surface lisse et rénitente, sans points fluctuants.

Lorsque tous ces signes sont au complet, le diagnostic n'est sans doute pas très difficile; ce qu'il faut savoir découvrir, c'est la maladie au début. Nous avons déjà signalé la localisation élective du staphylocoque pour la prostate, donc en présence de tout malade qui a des furoncles ou anthrax ou qui a présenté déjà des foyers secondaires, il faudra penser à la possibilité d'une prostatite et on devra faire systématiquement un toucher rectal dès l'apparition du moindre symptôme urinaire. De même il faudra penser à la furonculose dès qu'en présence d'une prostatite on n'en trouve pas les causes habituelles (blennorrhagie, sondage, lavages septiques ,etc...)

Nous commencerons par les quatre observations de L. Strominger docent d'urologie à Bucarest, dont toutes consécutives à un anthrax, se terminèrent par la mort (trois de septicémie et la quatrième par perforation du tronc coeliaque et mort subite par hémorragie).

OBSERVATION I.

Malade âgé de 65 ans, opéré deux mois avant l'observation pour un anthrax énorme de la nuque, par incision et cautérisation; quelques semaines après, la plaie n'étant pas encore guérie, il fut pris de frissons, avec forte fièvre, fréquence de miction, urine trouble et de fortes douleurs au périnée et à la défécation.

On constate un abcès de la prostate, et comme l'état général s'altérait on lui fait une incision périnéale, donnant issue à une grande collection de pus, dans lequel on a trouvé des staphylocoques. Parallèlement on lui fait un autovaccin, préparé de l'abcès et de l'urine. Malgré ce traitement son état s'aggravait et quinze jours après l'intervention, il est allé mourir dans son pays.

OBSERVATION II.

Malade de 60 ans, opéré également pour anthrax de la nuque, à la suite duquel il fait un abcès énorme de la prostate, qui a du être incisé.

Staphylocoques dans le pus, autovaccin. L'état s'aggrave et il succombe un mois après.

OBSERVATION III,

Jeune homme de 30 ans, opéré pour un furoncle anthracœue de la région zygomatique; quelques jours après la cicatrisation de la plaie, il fait des frissons répétés avec fièvre élevée, et des abcès multiples de la peau, dont certains profonds sous-aponévrotiques. On est appelé à le voir pour de la rétention d'urine, déterminée par un abcès de la prostate. Le malade refusant l'intervention, on lui fait des massages, grâce auxquels l'abcès se vide et la rétention disparaît. Mais l'état général continue à être grave, la fièvre est allumée; il se déclare une myocardite et le malade succombe dans le collapsus.

OBSERVATION IV.

Abcès de la prostate consécutif à un anthrax de la nuque et terminé par la mort subite à la suite de la perforation du tronc coeliaque.

Malade âgé de 26 ans, se présente à la polyclinique « Inbirea de Oumani » le 29 octobre 1925, pour des douleurs à la miction et une gêne au niveau du périnée.

En 1916, une urétrite, dont il guérit; quatre ans après, nouvelle urétrite, guérison. Le 29 septembre un furoncle à la nuque, accompagné de fièvre et de douleurs. Ouverture spontanée et guérison après deux semaines.

Cinq jours après, mictions fréquentes, douloureuses et hématurie terminale, et en même temps sensation de pesanteur au périnée. Adressé à la polyclinique, on constate un abcès net de la prostate, avec urines troubles et état général relativement bon.

Legère sécrétion urétrale, dans laquelle on trouve des polynucléaires, des cocci, et pas de gonocoques. Le 30 octobre,

avec rachianesthésie à la novocaïne, on lui fait une incision périnéale, qui donne issue à une grande quantité de pus, dans lequel on trouve des staphylocoques en culture pure, dont on réussit à préparer un autovaccin, qui est appliqué de suite en injections. Suites presque normales jusqu'au 2 novembre; lorsqu'on constate des douleurs épigastriques avec constriction et une certaine gêne respiratoire. Température normale, état général bon. Le même état se maintient, sauf une constipation opiniâtre, jusqu'au 7 novembre, date à laquelle la douleur épigastrique devient très intense, excruciante, avec des crises de dyspnée, sans accélération du pouls.

Le 6 novembre il est transféré à la clinique urologique ne pouvant plus revenir aux pansements à la polyclinique. Son état était stationnaire, lorsque dans la matinée du 10 novembre, après une nuit agitée, sans fièvre, il est pris de lipothymies et d'une sensation de faiblesse et, après quelques instants, il succombe brusquement.

A la nécropsie on constate à l'ouverture du ventre une grosse quantité de caillots sanguins qui remplissent tout le bassin et l'hypocondre droit.

Les ganglions mésentériques sont enflammés; au-dessus et derrière la petite courbure de l'estomac, on constate une tumeur, imprégnée de sang, dure, du volume d'une mandarine, et déchirée à sa partie supérieure.

Cette tumeur est située au-dessus du pancréas et appliquée sur l'aorte abdominale; après dissection, on se rend compte que la tumeur ne présente aucune connexion avec les organes voisins et que le tronc coeliaque est détruit à son origine même.

Rien d'anormal dans le péritoine et les organes abdominaux. La prostate est légèrement augmentée, congestionnée à la périphérie. Rien d'anormal dans le petit bassin.

Cette métastase prostatique de nature staphylococcique qui s'est terminée par la mort subite, due à la perforation du tronc cœliaque est peut-être très rare, mais il reste évident que le staphylocoque charrié par le torrent circulatoire peut déterminer dans certains points de l'organisme les pires méfaits.

Nous citerons encore l'observation de M. Gayet à la société de chirurgie de Lyon (Séance du 10 mars 1927).

OBSERVATION V.

P. Joseph, 35 ans, entre au service le 18 février 1926, envoyé par le docteur Moutot, pour récurrence de prostatite aiguë.

Antécédents : Dans l'enfance, pas de maladies infectieuses graves, rougeole pendant son service militaire, compliquée d'otite. Une blennorragie à 20 ans sans complications. Veuf sans enfant. Il rapporte le début de son affection à un refroidissement datant de trois semaines environ. A signaler pourtant que, consécutivement à des brûlures aux deux mains par l'électricité, il a fait quelque temps auparavant une furonculose localisée aux deux avant-bras. Donc, il y a trois semaines, il a commencé à éprouver de la pesanteur au niveau du périnée et de grandes difficultés à la miction et à la défécation en même temps que la température montait à 39°, avec état général assez touché. La résolution se fit spontanément au bout de quelques jours, puis évacuation d'un flot de pus par l'urètre.

Consécutivement les troubles fonctionnels et généraux disparurent complètement. Après cette période d'amélioration, le malade reprend un mauvais état général avec température à 40° en même temps que les troubles de la miction et de la défécation réapparaissent. A l'examen, le ma-

lade apparaît assez profondément touché, son teint est terreux, son pouls accéléré, sueurs profuses; état saburral des voies digestives supérieures. Dysurie, pollakiurie très accentuée allant, par moments, jusqu'à l'incontinence; au toucher rectal, on sent la prostate grosse, molle et douloureuse; donnant la sensation classique de toile tendue sur un cadre.

Le même jour, intervention, sous anesthésie au Kélène-éther. Incision préanale; dès qu'on a incisé la couche des muscles superficiels, on trouve une cavité remplie de pus bien lié, le doigt reconnaît une poche occupant tout l'espace prérectal. Débridement, lavage, tamponnement. Envoi de pus au laboratoire. Celui-ci répond : « Staphylocoques nombreux; quelques chaînettes de streptocoques à quatre éléments au plus ».

Après quatre jours de sédation de tous les symptômes et de retour de la température à la normale brusquement la fièvre reprend, le malade se plaint de son genou droit, celui-ci apparaît globuleux. Une ponction est pratiquée, on retire 25 centimètres cubes de sérosité citrine très légèrement louche. On envoie un prélèvement au laboratoire à fins d'examen et de préparation d'un auto-vaccin. On nous répond : « Staphylocoques, préparation d'un auto-vaccin avec 5 milliards de germes ». Le 1^{er} mars, une nouvelle ponction est faite, et comme on trouve cette fois, du véritable pus, on pratique de suite une arthrotomie du cul de sac supérieur par le procédé de Jaboulay, plâtre, mise en position très inclinée pour favoriser le drainage en même temps on commence les injections d'autovaccin.

Mais l'infection semble redoubler et quatre jours après l'arthrotomie la température atteint 40°5. On pratique alors la résection du genou, comptant sur ce drainage à la plus haute expression, comme disait Ollier pour enrayer les accidents.

En effet, pendant quatre jours, la température retombe aux environs de 37°5; pendant ce temps, les injections d'auto-

vaccin sont continuées au rythme de 2 centimètres cubes tous les deux jours. Mais, le quatrième jour, la température vespérale repart et atteint désormais tous les soirs 39°5, pour aller, le 16 mars à 40°5. Le 17 mars, on se résout à pratiquer l'amputation de la cuisse. Le malade est très bas, on fait le 19 mars une transfusion de 350 grammes de sang emprunté au frère du malade. Cela n'empêche pas le malheureux de succomber le lendemain 20 mars.

De cette observation nous en rapprocherons deux autres non à staphylocoques, mais une à streptocoques, et l'autre avec microbe qui n'a pu être identifié de façon bien nette, mais dont la métastase septicémique ressemble de très près à la métastase staphylococcique.

OBSERVATION VI.

P... Jean, 65 ans, concierge, entre dans le service le 18 janvier, envoyé par le docteur BAILLE pour rétention d'urine.

Marié, cinq enfants bien portants; bonne santé habituelle. Il a eu cependant une pneumonie, il y a douze ans. Pas de blennorrhagie, pas d'éthylisme avoué.

Il y a deux jours, le malade a été pris brusquement de rétention et a fait appeler son médecin qui l'a sondé deux fois. Aujourd'hui (18 janvier) le malade à 40° de température, il a été sondé deux fois depuis son entrée. Au toucher sa prostate est dure, irrégulière et fait songer au néoplasme. Au niveau du dos de la main droite, on constate un gros œdème dur, ainsi que des ganglions petits, douloureux, dans l'aisselle droite. Interrogé, le malade déclare s'être fait récemment au cours de son travail, une blessure superficielle de l'auriculaire droit.

Immédiatement, incision de la gaine du fléchisseur au niveau de la première phalange. La gaine ne paraît pas envahie au niveau de la paume. — Comme il s'agit d'une blessure faite avec un instrument très sale, on fait une piqûre antitétanique.

Le lendemain le malade a uriné spontanément. La température est encore à 39°6 ce matin. Au niveau de l'avant-bras droit l'enflure remonte assez haute avec de la lymphangite. L'examen de pus a montré un streptocoque avec quelques cocci. On draine largement la gaine au poignet et à l'avant-bras.

Le 21 janvier, le toucher prostatique montre des noyaux indurés de prostatite non encore abcédés. Mais on découvre des localisations infectieuses multiples : au niveau de l'épaule droite, du mollet gauche et dès le lendemain, 22 janvier, le malade est emporté par des progrès foudroyants de son infection streptococcique.

OBSERVATION VII.

G... Régis, 27 ans, entré le 13 janvier 1914, dans le service d'urologie de l'Antiquaille pour des douleurs de vessie, nous raconte qu'il souffre ainsi depuis deux mois. Pollakiurie, mictions douloureuses et difficiles, urines troubles, il a même présenté quelques petites hématuries. L'examen est négatif, sauf au niveau de la prostate qui est grosse et entourée de tissus infiltrés. La température est à 40°, le malade est très abattu, assoupi.

On pratique de suite l'intervention sous anesthésie au kélène-éther. Incision préanale, décollement du rectum; on met à nu une très grosse prostate rénitente. Incision du lobe droit; on ouvre ainsi une loge dont s'écoule un pus épais et visqueux. Le doigt effondre quelques cloisons et ouvre ainsi quelques logettes. Mèches dans les deux incisions.

Examen du pus : très nombreux polynucléaires globuleux, très peu de microbes, diplocoques ressemblant au gonocoque, mais gardant le gram.

Le malade apparaissait en très bonne voie lorsque le 4 février, il commence à se plaindre d'une violente douleur dans l'aisselle gauche; en l'examinant, on trouve un gonflement très marqué et douloureux de toute la région correspondant au grand pectoral. Il s'agit évidemment d'un phlegmon de l'aisselle.

Le 9 février, sous narcose au kélène-éther, incision le long du bord externe du grand pectoral. On trouve le muscle très œdématié, et, au-dessous de lui, on ouvre une poche remplie de pus verdâtre. Contre-ouverture et drainage. A l'examen du pus, on trouve encore des diplocoques, mais, cette fois, ne prenant pas le gram.

Le malade est mis aux injections de sérum de Nicolle, sa plaie se ferme régulièrement mais il garde encore longtemps de la fièvre.

L'observation V est un type de ces septicémies très graves à localisations multiples dans lesquelles le chirurgien est gagné de vitesse, et n'a en général pas le temps d'enrayer le mal. Signalons également l'inefficacité complète du traitement médical par la vaccinothérapie dans ces cas rebelles.

Citons encore un cas assez analogue observé par Nicolich et publié dans les annales des maladies des organes génito-urinaires 1906, page 363 :

OBSERVATION VIII.

Homme de 38 ans. En décembre 1904, gros furoncle du cou; en janvier 1905, pneumonie; en février, petits abcès

sous-cutanés dans les aisselles, sur le ventre, le dos, etc...; fin février, abcès de la prostate qui s'ouvre dans l'urètre; en mars, abcès périnéphrétique. Il finit par guérir. A l'examen bactériologique du sang, après la première opération, on trouve staphylocoques et streptocoques associés.

M. Bérard a également observé et signalé à la société de chirurgie de Lyon (Séance du 10 mars 1927, un cas de staphylococcémie consécutive à un anthrax du cou chez un homme surmené et débile.

OBSERVATION IX.

Sujet de 50 ans. — Après deux localisations secondaires qui évoluèrent avec un syndrome de septico-pyohémie atténuée pour donner un abcès dans les muscles de l'avant-bras droit et une suppuration de la loge péri-néphrétique gauche, la localisation prostatique se manifesta un mois et demi après les premiers accidents par des épreintes, de la pollakiurie angoissante, des réactions douloureuses jusqu'au niveau du rein droit. Le toucher révélait une prostate tendue surtout dans son lobe droit, rénitente sans fluctuation nette, si bien que nous n'avons pas encore jugé à propos d'inciser ce phlegmon prostatique qui ne semble pas avoir par lui-même aggravé l'état du malade. Par contre, dès que celui-ci fut confié à nos soins, et dès les premières menaces d'infection généralisée, nous avons eu recours à un auto-vaccin dont l'usage n'a pas été sans doute étranger à l'évolution presque subaiguë des lésions sans les frissons et les poussées thermiques que l'on observe habituellement en pareil cas.

Ajoutons que M. F. Marsan dans un congrès de l'association française d'urologie a rapporté plusieurs cas

d'infection à staphylocoques qui ont guéri par l'auto-vaccin. Il a cité l'exemple suivant : Un médecin, frère d'un illustre chirurgien soigné depuis trois semaines pour une fièvre typhoïde probable. Un jour il présente du ténésme vésical et on me fait appeler. Je constate un abcès de la prostate, un rein gros et douloureux des urines troubles et une température variant de 38° le matin, à 39°5 le soir. Les urines renferment du pus et du staphylocoque. Dans le sang, il y a du staphylocoque. Je cherche la cause de cette infection et le malade se souvient que quelques jours avant sa maladie, il avait eu un petit furoncle de la fesse. La thérapeutique médicale et notamment l'emploi de l'auto-vaccin l'ont parfaitement guéri. La convalescence a été très longue.

Nous communiquons l'observation de M. J. Martin (de Toulouse). Rapport de M. A. Savenant) sur la Pyohémie à staphylocoques consécutive à un abcès de la prostate (Journal d'urologie de 1926, t. 1).

OBSERVATION X.

Le 14 février 1924, nous sommes appelés par un de nos confrères des environs auprès d'un homme de 48 ans, atteint d'un abcès de la prostate, ouvert dans l'urètre, et d'un abcès de la région temporale droite. Voici son histoire pathologique résumée d'après les renseignements fournis par le médecin :

L'affection a eu un début soudain, le 29 décembre 1924, par des élancements très pénibles dans la région anale, du ténésme, de la pollakiurie, des frissons et de la fièvre. Peu après, le médecin traitant a constaté de la pyurie. Le tou-

cher rectal montra, dès le premier examen, les signes évidents d'un abcès de la prostate; gros placards indurés et douloureux avec centre dépressible, le pus sous la pression du doigt s'écoulait dans l'urètre.

L'examen du pus recueilli au méat a décelé la présence de nombreux diplocoques intracellulaires. Malgré les lavements chauds et les suppositoires, les symptômes s'aggravèrent rapidement, et une rétention d'urine nécessita le cathétérisme. Le patient fut alors adressé à un chirurgien voisin, qui pensant que cet abcès de la prostate, ouvert dans les voies naturelles, avait toutes chances de guérir sans intervention sanglante, mit une sonde à demeure (du 3 au 7 janvier) et pratiqua des massages prostatiques. Le malade rentra ensuite chez lui où ce dernier traitement fut continué. La rétention disparut et il y eut une phase d'amélioration nette, le volume des lésions perçues par le toucher rectal ayant très sensiblement diminué. Cependant la température oscillait toujours autour de 38° le soir et 37°5 le matin.

Dès les premiers jours de février, nouvelle poussée fébrile, 39°, et apparition d'une péri-arthrite du genou gauche, d'aspect phlegmoneux, sans liquide intrasynovial (ponction). Le médecin traitant injecta un stock-vaccin antigonococcique, puis du lantol, puis de la septicémine, sans obtenir d'amélioration. Le 12 février apparut une tuméfaction dans la région temporale gauche, d'où s'écoula après incision un pus crémeux où un bactériologue trouva du staphylocoque doré pur.

C'est peu après que nous voyons le malade. Le toucher rectal montre un empâtement diffus très dur, paraissant situé surtout au-dessus de la prostate, au niveau des vésicules séminales et du trigone et s'étendant loin en arrière autour du rectum qu'il entoure en formant un croissant. A gauche et à bout de doigt, on trouve un point ramolli. Ce seul examen fait sortir une abondante quantité de pus par l'urètre. Le cathétérisme avec une sonde béquille montée sur mandrin courbe est facile, il n'y a pas de résidu vésical.

Au fond de l'abcès incisé, à la région temporale, un stylet sent l'os dénudé sur une large surface. Le malade est amené à Toulouse où nous l'opérons dès le lendemain de son arrivée.

Opération le 17 février. — Anesthésie à l'éther. Nous pratiquons d'abord une dérivation d'urines par cystostomie destinée à permettre une désinfection plus rapide et plus efficace des lésions prostatiques et périprostatiques en supprimant leur réinfection constante par l'urine.

Nous faisons ensuite une large incision bi-ischiatique en avant du rectum, qui nous permet d'aller chercher et d'ouvrir un abcès très haut placé, au-dessus de la prostate à gauche, d'où s'écoule une petite quantité de pus épais.

Passant alors à la région temporale, nous agrandissons l'incision et trouvons tout de suite sur l'os dénudé un petit pertuis par où sort le pus et qui nous conduit sur un abcès extradurale-méridien assez volumineux que nous ouvrons et drainons largement, en réséquant à la pince gouge une grande partie de l'écaille du temporal. Dès les premiers jours, cette large intervention paraît efficace. Les urines s'éclaircissent rapidement et la suppuration diminue, tant au périnée qu'au crâne.

Nous pensions déjà être maître de la situation, quand se manifestèrent de nouveaux phénomènes inquiétants. La courbe thermique remonte et nous remarquons au niveau du mollet gauche, en pleine masse musculaire, une tumeur fluctuante qui s'est développée sans grande réaction locale. Une ponction aseptique, à la seringue de Pravaz, ramène du pus où un examen bactériologique décèle du staphylocoque doré pur, avec lequel nous faisons préparer un auto-vaccin. Aussitôt après la ponction, ouverture large et drainage de l'abcès.

Les jours suivants la température reste élevée, malgré l'emploi de propidon, puis de l'auto-vaccin à staphylocoques, dès qu'il est préparé.

Des phénomènes pleuro-pulmonaires apparaissent alors et comme une ponction dans le sixième espace intercostal gauche, au niveau de la ligne axillaire, ramène du pus, nous pratiquons une pleurotomie à cet endroit. L'incision de la plèvre donne issue à du liquide citrin (le pus ramené par la ponction siège probablement dans le parenchyme pulmonaire, où nous ne jugeons pas utile de le chercher).

Malgré la fièvre toujours élevée, l'état général reste bon et le malade s'alimente bien.

Le 9 mars, nouvel abcès de la jambe gauche, que nous incisons.

Le 13 mars, poussée fébrile très forte. A partir de ce moment l'état général décline rapidement et tout espoir paraissant perdu, le malade est ramené chez lui où il s'affaiblit de plus en plus et succombe le 3 avril.

Le médecin traitant a dû ouvrir un abcès du tibia droit et faire une arthrotomie du genou gauche.

Nous signalerons encore l'observation typique de staphylococcémie d'origine urinaire de M. le Professeur Legueu bien que la prostate n'ait pas été intéressée. Nous avons cru devoir la reproduire pour bien montrer le danger du staphylocoque pour l'arbre urinaire lorsqu'il circule dans le sang et de sa localisation élective sur les os. Observat. I du journal d'urologie de 1913, tome II.

OBSERVATION XI.

Au mois d'avril 1909, je voyais un homme de 48 ans qui m'était adressé par mon collègue Launois et se plaignait du rein droit. Depuis quelques années, il éprouvait à droite des douleurs intermittentes de localisation rénale et à irradiations réno-urétérales. Les douleurs survenaient

par crises et s'accompagnaient d'anurie pendant quelques heures; la douleur devenait rapidement très intense jusqu'à provoquer des nausées ou même des vomissements. Elle disparaissait après 4 ou 5 heures et laissait le malade abattu, fatigué; la douleur disparaissait alors complètement et jusqu'à la crise suivante, soit pendant une période de 3 ou 4 semaines.

C'est pour ces crises à répétitions que je voyais le malade : les urines étaient un peu troubles, mais il n'y avait aucune fréquence à la miction; le rein droit cependant était mobile et facile à palper dans toute l'étendue de sa hauteur. Il n'y avait rien aux testicules, rien à la prostate.

L'état général était assez bon : il s'agissait d'une pyélonéphrite légère, peut-être provoquée par un calcul urétral. Il fallait d'abord un cathétérisme de l'uretère et une exploration fonctionnelle des reins. C'est ce que je proposai au malade.

Le 8 avril, je faisais une cystoscopie qui me montrait une vessie normale, un urètre gauche intact et un urètre droit un peu tuméfié; la sonde ne peut s'y introduire, elle bute presque aussitôt. Je ne voulus pas faire le cathétérisme de l'autre côte, et je m'en tins là pour ce jour, pensant faire une radiographie quelques jours plus tard.

Le malade retourna chez lui aux environs de Paris, à Orsay. Au bout de 8 jours, il fut pris d'une crise douloureuse, comme les autres, à droite, et qui, tout de suite, détermina des accidents nouveaux. D'abord, il y eut une fièvre très élevée à 38°5, 39°. Le rein était plus gros et plus sensible que d'habitude, l'état général s'altéra assez vite pour que l'on s'inquiétât assez rapidement dans l'entourage du malade; et l'on me fit appeler. Quinze jours s'étaient écoulés depuis que j'avais vu le malade.

Je le trouve en puissance d'une infection assez grave : teint pâle, langue sèche, température élevée. Le rein droit est très augmenté de volume; il semble avéré qu'il y a un

peu de périnéphrite tellement les dimensions du rein sont augmentées et les contours vaguement dessinés. Les urines contiennent plus de pus que lors des deux autres examens; elles sont en même temps sanguinolentes.

En présence de cet état, je diagnostiquai une périnéphrite suppurée autour d'une pyélonéphrite de cause inconnue en prévoyant la nécessité presque immédiate d'une opération, je fais transporter le malade dans ma maison de santé à Paris.

Là, une radiographie est faite qui reste négative.

Et le lendemain, 27 avril, je pratiquais, sous anesthésie la découverte lombaire du rein droit; je trouve un phlegmon périnéphritique, mais il n'est pas tellement développé que je ne puisse reconnaître le rein. Celui-ci est ouvert; sur la tranche de son parenchyme, je reconnais et j'ouvre plusieurs abcès miliaires de néphrites descendants, j'ouvre le bassinnet qui contient un peu de pus; et je laisse un drain dans le rein, et un drain autour du rein. Le pus du rein et de la périnéphrite recueilli dans les pipettes donna à la culture du staphylocoque pur.

Je pensais que le malade allait se remettre assez rapidement et, de fait, pendant les premiers jours, tout sembla rentrer rapidement dans l'ordre. La température s'abaissa, l'état général s'améliora rapidement: le drainage s'effectuait facilement.

Cependant, 15 jours après, le malade faisait une parotidite à droite: en 2 jours, la tuméfaction atteignait un volume considérable. Puis une parotidite se développait à gauche, de volume également considérable, en même temps que la fièvre remontait; la langue était sèche, rotie; le pronostic nous parut à ce moment assez grave. Bientôt il fallut ouvrir la parotidite à gauche, puis la parotidite à droite. Et le malade, contrairement à notre attente, sembla prendre le dessus.

Mais le 19 mai, une nouvelle suppuration devenait visible sur le bord cubital de l'avant-bras à droite : ouverture.

Le lendemain 20 mai, une douleur attire notre attention dans la région de l'omoplate, à droite; il y a encore là une suppuration superficielle, sous-cutanée, que je dois ouvrir.

Et depuis ce moment jusqu'au jour où le malade a quitté la maison de santé, je lui ai ouvert 47 abcès sur divers points du corps : toujours dans les couches aponévrotiques sous-cutanées. Une douleur, un jour, nous annonçait l'abcès; le lendemain, l'induration était plus accentuée; nous ouvririons le 3^e jour à la stovaine. Aucun abcès n'était assez important pour mériter un drainage. La moyenne de nos incisions fut de deux ouvertures pendant vingt jours.

Dans tous ces abcès comme dans le sang, les cultures montrèrent du staphylocoque à l'état de pureté. Pendant ce temps, l'état général restait assez favorable : il y avait à peine de température. Le malade pouvait s'alimenter, et depuis le jour où les deux parotidites furent guéries, je n'ai jamais eu de réelle inquiétude malgré le nombre et la succession des abcès. La plaie du rein s'évacuait régulièrement, la suppuration diminuait de ce côté, d'une façon très sensible.

Lorsque le malade quitta la maison de santé, il eut encore à subir, de la part de son médecin, l'ouverture de cinq abcès nouveaux.

Il finit par guérir et put revenir complètement à la santé. Son rein s'est fermé sans que jamais, depuis, il ait fait souffrir le malade.

Je n'ai revu ce dernier qu'un an après, transformé, engraisé, vigoureux; mais depuis 15 jours, une ostéomyélite se développait au tibia du côté droit. L'os était gros, sensible et douloureux; il y avait en haut de la jambe un abcès sous-périostique.

J'ai dû faire, le 11 juin 1910, l'ouverture de ces abcès et la trépanation de l'os sous-jacent : il y avait du pus dans l'os.

Ce malade quitta la maison de santé guéri, avec une fistule au niveau du tibia.

Je l'ai revu 2 ans après, soit 3 ans après son infection à staphylocoques; or à ce moment il y avait encore un nouvel abcès sur la face externe et inférieure de la jambe, du côté de l'ostéomyélite : ceci paraît être un abcès musculaire et sans rapport avec l'os. Cet abcès fut incisé par son médecin. Ce fut le 54^e coup de bistouri que dut recevoir ce malade pour une infection à staphylocoque.

Je le croyais guéri lorsque pendant les dernières vacances (sept. 1913) des accidents d'une extrême gravité se sont produits à nouveau.

Voici la note que m'a, à ce sujet, remise mon chef de clinique : M. Papin, MC... est entré à la maison de santé le samedi 20 septembre. Il se plaignait depuis un mois de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche, surtout au genou.

Son médecin le D^r Launois ne trouvait rien à l'examen, et cependant les douleurs étaient si vives que le malade un peu subdélirant voulait se jeter par la fenêtre.

Brusquement le genou enfla, et le malade fut envoyé à la maison de santé.

Quand je le vis, le genou était très gros, contenant une volumineuse collection qui soulevait la rotule et distendait le cul-de-sac sous-tricipital. La palpation était extrêmement douloureuse.

Etat général mauvais, teint jaune, langue sèche et fendillée, œil hébété, respiration rapide, pouls dicrote et rapide, état de somnolence. Urines rares, 400 gr. environ, opération le lundi 22. Chloroforme. Incision double, de chaque côté de la rotule, issue de 400 à 500 gr. de pus avec grumeaux, lavage à l'eau oxygénée, drain de part en part, gouttière. La température tombe, la douleur cesse dans le membre inférieur, mais l'état général reste mauvais.

Lundi : urines rares, 200 grammes, très jaunes, ictère, respiration irrégulière, douleur dans l'épaule droite.

Mardi : Même état général; purgation; on fait du sérum glucosé. L'urine augmente un peu (Mais syncope, Arrêt de la respiration) on fait huile camphrée, oxygène.

Mercredi : Le malade paraît un peu mieux, plus éveillé.

Dans la nuit de mercredi à jeudi, mort rapide par arrêt de la respiration.

Nous terminerons par les deux observations du Docteur Henri Fruchaud d'Angers, qui a eu l'obligeance de nous les communiquer :

OBSERVATION XII.

M. X... 28 ans, très bien portant, aucun antécédent pathologique; célibataire, a présenté des furoncles du cou; il y a quelques semaines; depuis une dizaine de jours, il accuse des pesanteurs périnéales, qui vont en s'accroissant; le médecin traitant ayant constaté une grosse tuméfaction prostatique avec élévation de température envoie ce malade à l'Hôpital d'Angers Le docteur Fruchaud le fait rentrer dans le service du docteur Brun. A l'entrée le malade a une température de 38°5. Il se plaint de douleurs rectales, extrêmement vives avec besoins incessants d'aller à la selle; il nie toute espèce de blennorrhagie. L'examen de l'urètre est d'ailleurs absolument négatif. Le toucher rectal montre une prostate extrêmement volumineuse, qui bombe dans le rectum, très douloureuse; la fluctuation n'est pas nettement perçue.

Opération par M. le docteur Brun, sous anesthésie générale à l'éther. Incision de périnéorrhaphie. Ouverture d'un volumineux abcès prostatique; quelques mèches sont placées dans le foyer prostatique, et la plaie est laissée ouverte.

Le pus examiné au Laboratoire du Docteur Papin ne contient absolument que du staphylocoque.

Guérison sans incidents en un mois.

OBSERVATION XIII.

D... 58 ans, père mort à 74 ans, mère à 71 ans, sœur morte de péritonite à 48 ans; frère mort à 24 ans. Marié, femme bien portante : 8 enfants, un fils mort en couche; un garçon mort à 17 ans, de tuberculose pulmonaire; une fausse couche.

Antécédents personnels. Au régiment quelques furoncles de la fesse; nie toute espèce de blennorrhagie.

Maladie actuelle : Un gros anthrax du cou apparaît le 7 août 1929; cet anthrax est incisé par le médecin traitant au thermocautère le 10 août; la suppuration est cicatrisée.

Depuis le 25 août le malade remarque qu'il souffre lorsqu'il est assis, ne va à la selle que deux fois par jour et ne présente pas de dysurie. Les douleurs périnéales augmentent de plus en plus ; et empêchent complètement la station assise; son médecin traitant l'envoie à l'Hôtel-Dieu d'Angers dans le service du docteur Henri Fruchaud; à l'entrée le malade se plaint de douleurs périnéales extrêmement vives, avec besoins incessants d'aller à la selle, température : 38°6. La cicatrice d'anthrax du cou est en bon état. Le toucher rectal décèle une prostate qui bombe dans le rectum, très douloureuse et nettement fluctuante. On porte le diagnostic de prostatite suppurée à staphylocoques.

Opération le 7 septembre. — Anesthésie générale à l'éther incision périnéale. Une quantité très abondante de pus lié verdâtre s'écoule. Deux mèches dans la loge prostatique. L'examen du pus au laboratoire révèle du staphylocoque.

Les jours suivants la température diminue sans tomber

franchement et présente même quelques oscillations. Cependant la guérison semble se faire du côté de la plaie rectale. Le malade se fatigue, maigrit, présente quelques crises de diarrhée. Les jours suivants, l'état du malade reste assez médiocre; la température oscille entre 38° et 39°. Le docteur Fruchaud souffrant ne le voit pas pendant 3 ou 4 jours. Pendant son absence des injections de propidon furent pratiquées; la première injection après la poussée thermique habituelle amena une petite défervescence de la température, pendant 24 heures, mais les autres injections restèrent sans effet.

1^{er} octobre. — Devant la persistance de la température et bien que le malade n'accuse absolument aucune espèce de douleur on recherche systématiquement la possibilité d'un phlegmon périnéphrétique; il n'y a aucune espèce de tuméfaction des régions lombaires, mais la palpation faite avec soin révèle un point douloureux extrêmement net dans l'angle entre la 2^e côte et la masse sacro-lombaire du côté droit. On porte le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Le malade est immédiatement opéré sous anesthésie générale.

Après incision classique lombaire sous anesthésie générale à l'éther, on tombe sur une volumineuse collection qui en décollant le péritoine, fuse dans la fosse iliaque droite. Drainage.

A noter que depuis six jours, le malade présentait aussi une paralysie flasque du membre supérieur gauche; sans doute quelques mouvements de l'épaule et du cou étaient conservés, mais l'examen montrait un œdème rosé de la région sus-claviculaire gauche assez notable, et la palpation soigneuse arrivait à déceler un point douloureux assez net au bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, à la région des apophyses transverses des 6^e et 7^e vertèbres cervicales.

Aussi après avoir ouvert le phlegmon péri-néphrétique,

on pratique une section de cette région où le diagnostic d'ostéomyélite d'origine rachidienne semble probable, mais cette incision pratiquée au bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoidien ne révèle qu'un état œdémateux du tissu cellulaire sans aucune suppuration. Les jours suivants, la température reste élevée, le malade se cachectise progressivement. La paralysie du bras gauche reste incomplète, et la palpation montre toujours le point douloureux sur les apophyses transverses des 6° et 7° vertèbres cervicales.

L'état général du malade ne permet pas d'envisager une laminectomie d'autant plus que l'état septicémique grave avec localisations suppurées multiples que présente ce malade laissait bien peu d'espoir d'obtenir un résultat par une intervention sur le rachis et le malade meurt le 10 octobre. Le corps ayant été emmené par la famille, aucune autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette dernière observation est intéressante :

1° Parce qu'elle est une forme septicémique mortelle de staphylococcémie.

2° Parce qu'elle nous montre les deux localisations électives du staphylocoque sur les voies urinaires.

a) abcès de la prostate.

b) Phlegmon périnéphrétique.

Et enfin 3° parce qu'il existe une autre localisation élective du staphylocoque sur les os (ostéomyélite du rachis). Cette localisation, M. le Professeur Legueu l'avait déjà signalée en 1913 dans son observation I du Journal d'urologie : Infection purulente à staphylocoques purs, 54 abcès disséminés et successifs. Mort quatre ans après d'arthrite purulente du genou (ostéomyélite du tibia secondaire à l'infection staphylococcique).

Nous pouvons donc distinguer d'après ces observations deux groupes :

a) Dans le premier groupe, la prostate est la seule localisation suppurée au cours d'une septicémie fugace et le pronostic est assez bon.

b) Dans un deuxième groupe la prostatite est associée à d'autres manifestations : suppurations qui précèdent, accompagnent ou suivent; souvent même dans ce cas la prostatite n'est qu'une des localisations de la maladie qui présente un caractère spécial de gravité : véritable septico-pyohémie à staphylocoques.

EVOLUTION, PRONOSTIC

L'évolution des abcès de la prostate à staphylocoques peut être rapide ou au contraire, plus lente, donnant des symptômes atténués. Dans cette forme le pus peut rester longtemps localisé à la glande et ne se fait voir au dehors que tardivement. Toutefois sous une influence favorable, il peut prendre des proportions inquiétantes et prendre l'allure d'une véritable septicémie.

En général le pus s'ouvre dans l'urètre à l'occasion d'un effort de miction. Le malade éprouve une sensation de déchirure suivie de l'apparition de pus au méat. Peu à peu la miction s'effectue plus facilement et tous les accidents disparaissent.

Fréquemment l'abcès s'ouvre dans le rectum, le malade éprouve le besoin d'aller à la selle; il éprouve une sensation de chaleur, de brûlure, puis pendant une défécation, le pus s'évacue brusquement. Il semble que ces deux terminaisons soient heureuses, sauf lorsque l'abcès s'ouvre en même temps dans le canal urétral et le rectum. Il en résulte une fistule persistante.

L'abcès peut s'ouvrir au périnée; les douleurs sont alors localisées de ce côté, provoquées par la position, ou spontanées, une tuméfaction apparaît, la peau rougit, s'amincit, et, comme l'a fait remarquer M. le Professeur Legueu subit une impulsion à la toux, se réduit par la

pression comme le ferait une hernie périnéale, et enfin, livre passage au pus envahissant.

Le malade peut encore guérir assez vite, tout en gardant parfois une fistule. La quatrième voie est la voie sanguine, beaucoup plus dangereuse, car nous l'avons déjà dit précédemment, elle brûle les étapes et donne presque toujours d'emblée, les symptômes les plus alarmants de septicémie.

Celle-ci garde un pronostic beaucoup plus sévère, parfois même fatal, nous en avons observé les preuves dans les observations précédentes.

TRAITEMENT

Nous serons bref sur le traitement des abcès prostatiques à staphylocoques car il est le même pour toutes les suppurations microbiennes. Il est de toute nécessité d'établir un diagnostic précoce de façon à traiter immédiatement.

Le traitement est préventif ou curatif.

Préventif. Il s'efforcera d'éviter la propagation des infections urétrales, intestinales ou autres, on associera la vaccinothérapie dès qu'il sera possible et surtout chez les individus qui ont présenté des poussées de furonculose et qui ont un passé urétral. On arrêtera peut-être la dissémination du staphylocoque dans l'organisme par un auto-vaccin.

Curatif. Il comprendra soit la voie rectale soit la voie urétrale, soit enfin celle que la plupart des chirurgiens actuels préconisent : la voie périnéale.

Cette périnéotomie prérectale donne le maximum de sécurité, car elle draine largement au point déclive les foyers prostatiques et les foyers de suppuration périprostatiques.

CONCLUSIONS

Les suppurations prostatiques sont de 2 ordres :

1) Les suppurations d'origine canaliculaire consécutives à une infection urétrale (Ex. rétrécissement, manœuvres opératoires sur le canal). Dans ces cas, les microbes les plus variés peuvent être rencontrés; et même lorsque le gonocoque est la cause première de l'infection prostatique, il s'efface rapidement derrière les pyogènes vulgaires. Très souvent dans ces cas, la suppuration est à staphylocoques.

2) Mais nous n'avons pas voulu envisager ici les suppurations de cause locale dont la pathogénie est évidente, mais les suppurations prostatiques qui semblent apparaître spontanément et qui sont en réalité secondaires à un état septicémique plus ou moins net, et se produisent par voie sanguine.

3) Dans ces cas, également, les germes en cause peuvent être très variables. Cependant dans l'immense majorité des cas, la suppuration est due au staphylocoque ce qui s'explique bien d'ailleurs puisque ces prostatites suppurées apparaissent 9 fois sur 10 après un anthrax ou une poussée de furoncles.

4) On sait que le staphylocoque a une affinité parti-

culière pour les voies urinaires. Et, si après furoncle, anthrax, panaris, le staphylocoque qui, essaime dans l'arbre urinaire atteint en général le rein, son domaine, (abcès de la corticalité rénale qui ne tardent pas à créer un phlegmon périnéphrétique), il ne faut pas oublier cependant que la prostate peut être le lieu de localisations du staphylocoque, quoique moins souvent que le rein. Dans une de nos observations se trouvent ainsi réunis chez le même malade l'abcès de la prostate et le phlegmon périnéphrétique.

5) Ces suppurations prostatiques à staphylocoques ne sont donc qu'un épisode au cours d'une septicémie à staphylocoques. Si la virulence microbienne est atténuée, l'abcès de la prostate peut être la seule manifestation suppurée de la maladie et dans ces cas, le pronostic est assez favorable. Mais dans d'autres cas, la suppuration prostatique passe en deuxième plan; elle est précédée, accompagnée ou suivie d'autres phénomènes infectieux très graves, d'autres manifestations suppurées (atmosphère péri-rénale, os, etc., etc... Il s'agit alors d'une très sévère infection staphylococcique dont la mort est le plus souvent le résultat.

6) Le traitement de cette affection est essentiellement chirurgical.

Evidemment tant que les signes de la suppuration prostatique ne sont pas nets, on peut essayer la vaccinothérapie bien que dans les suppurations profondes, ce procédé paraisse peu efficace. Il peut donner des résultats comme il en a donné dans certaines infections périné-

phrétiques; mais lorsque l'abcès est collecté, il faut l'ouvrir le plus rapidement possible, tout en remontant l'état général et en luttant contre la septicémie lorsque celle-ci est grave.

Vu, le Président de Thèse :

LEGUEU.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

SEGOND. Les abcès chauds de la prostate et du phlegmon périnéphrétique (Th. Paris 1880).

DESNOS. Abcès latents de la prostate (IV^e Session de l'Association Française d'urologie (Paris, 1899, page 322).

SAINT-CÈNE. Des abcès latents de la prostate au cours de l'hypertrophie de la prostate (Th. Paris 1900).

MINET. Les suppurations prostatiques et périprostatiques. (Th. Paris, 1901), page 55.

BRÉCHOT. Remarques sur quelques cas de prostatites subaiguës avec suppurations périprostatiques et abcès rétro-cervico-vésiculaires. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1903).

NICOLICH. Annales des maladies des organes génito-urinaires (1906, page 363).

LEGRAIN. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1906, page 1382.

ORAISON. Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (XI^e Session de l'Association française d'urologie, 1907, Paris, 1908).

— Association Française d'urologie 1920, Communication d'Oraison sur le traitement des prostatites suppurées, observ. XXIV-XXV-XXVI. (Journal d'urologie, 1927. Tome 1, pages 322-323).

LEGUEU. Journal d'Urologie 1913. (Localisation à staphylocoques à la suite de furoncle). Staphylococcémie d'origine urinaire.

— Archives urologiques de la clinique Necker. Tome

IV, fasc. I. (Article de Fouquiau sur la microbiologie et la vaccinothérapie des abcès de la prostate).

LEGUEU. « Les affections de l'adénome prostatique ». (Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires). (Tome 1, page 129). (Archives urologiques de la clinique Necker).

MORELLI. Abcès aigu non blennorragique de la prostate. (Revista ospedaliera, 15 février 1913, p. 127-130).

B. GOLDBERG DE WILDUNGEN. Travail publié dans la *Zeitschrift für Urologie* (1923), page 447, et t. XIV, fasc. 9, 1920, p. 361.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (1922). Communication de Marsan sur les infections urinaires à staphylocoques.

GRANVILLE MAC GOWAN (Los Angeles). L'influence des infections en foyers dans le développement des pseudo-symptômes de prostatisme. (The mol. and cutan. Review, t. XXVI, N° 10, octobre 1922, page 616).

ASTRALDI (deBuenos-Ayres). Les Infections de l'adénome prostatique (archives urologiques de Necker, t. IV, fasc. I, 1923, page 31).

THÉODORE BAKER (de Pittsburgh). Les Prostatites d'origine non vénérienne (The Journ. of. the Amer. méd. Assoc. (de Chicago III), t. LXXXV, N° 21, 21 novembre 1925, p. 1606 à 1609).

M.-J. MARTIN (de Toulouse). *Rapport de M. A. Lavenant*. (Journal d'urologie, séance du 18 janvier 1926). Pyolhémie à staphylocoques consécutive à un abcès de la prostate.

M. G. BARBELLION (Paris). Complications dues au staphylocoque chez un prostatique, guérison par un auto-vaccin (XXVII^e Congrès français d'urologie). (Journal d'urologie, 1927), t. II.

M. GRANDINEAU (de Nancy). Les Prostatites secondaires à la furunculose. (Journal d'urologie, 1927, t. II, p. 581).

